

BÖLÜM 7

SEKONDER HİPERTANSİYON

Kübra AYDIN BAHAT¹

GİRİŞ

Hipertansiyon olgularının çoğunluğu esansiyel hipertansiyon tanısı alırken olguların %10 luk bir bölümünde altta yatan farklı sebepler vardır. İkincil hipertansiyon olarak adlandırılan bu grupta altta yatan nedenin tedavisi kan basıncını normale getirir. Ancak her hipertansif hastada sekonder hipertansiyon için tam bir değerlendirme yapmak maliyet etkin olmadığı için, sekonder hipertansiyonu düşündüren klinik ipuçlarının farkında olmak önemlidir. Olası ikincil hipertansiyon varlığını düşündüren klinik ipuçlarına sahip hastalar daha ayrıntılı incelenmelidir.

Sekonder hipertansiyon varsa, en etkili tedavi stratejisi genellikle hipertansiyonun altında yatan spesifik nedene odaklanmaktır. Altta yatan nedenin tedavisi kan basıncının kısmen veya tamamen normalleşmesine yol açar.

Genel olarak hipertansiyonun ergenlikten önce başlaması veya ailede hipertansiyon öyküsü olan ve hipertansiyon için başka risk faktörleri olmayan hastalarda 30 yaşından önce başlaması, şiddetli veya dirençli hipertansiyon varlığı, önceden stabil değerlere sahip bir hastada gelişen kan basıncında akut yükselme veya artan tansiyon kontrolsüzlüğü sekonder hipertansiyonun düşünülmesi gereken durumlardır. Ayrıca hipertansiyona neden olabilecek hastalıklara spesifik olabilecek klinik ve laboratuvar bulguların varlığında sekonder hipertansiyon araştırılması açısından önemlidir. Sekonder hipertansiyon araştırılmasında yol gösterici olabilecek bulgular tablo 1 de gösterilmektedir.

¹ Dr., Kübra AYDIN BAHAT, Kartal Dr. Lütü Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları AD.
asbkubra@gmail.com

malarla hipertansiyona neden olmaktadır (25). Hipertansiyona neden olan ajanlar tablo 7 de ayrıntılanmıştır.

Tablo 7: Hipertansiyona neden olan eksojen ajanlar
Oral kontraseptifler (özelikle yüksek dozda östrojen içerenler)
Steroid olmayan antiinflatuar ajanlar (NSAID'ler)
Antidepresanlar (Trisiklik antidepresanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve monoamin oksidaz inhibitörleri)
Kortikosteroidler (mineralokortikoidler dahil)
Dekonjestanlar (Fenilefrin ve psödoefedrin gibi)
Bazı zayıflama ilaçları
Sodyum içeren antasitler
Eritropoietin
Siklosporin veya takrolimus
Metilfenidat ve amfetaminler dahil uyarıcılar
Atipik antipsikotikler (Klozapin ve olanzapin dahil)
Anjiyogenez inhibitörleri (Bevacizumab)
Tirozin kinaz inhibitörleri (Sunitinib ve sorafenib gibi)
Metamfetamin ve kokain gibi

Sonuç olarak tüm hipertansiyon tanısı alan hastalarda sekonder nedenlerin taranması pratik ve maliyet yükü olarak makul olmasada sekonder hipertansiyon nedenlerini düşündürülen klinik bulguları olan özellikle genç yaştaki hastaların daha dikkatli değerlendirilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Textor SC, Lerman L (2010). Renovascular hypertension and ischemic nephropathy. I J Hypertens; 23: 1159.
2. Vasbinder GBC, Nelemans PJ, Kessels EVS (2001). Diagnostic tests for renal artery stenosis in patients with suspected renovascular hypertension: a meta-analysis. Ann Intern Med. 135:401-411.
3. Gornik HL, Persu A, Adlam D, et al (2019). First International Consensus on the diagnosis and treatment of fibromuscular dysplasia. Vasc Med; 24:164.
4. Safian RD, Textor SC. Renal artery stenosis (2001). N Engl J Med 344(6):431- 42,200
5. Parikh SA, Shishehbor MH, Gray BH, et al (2014). SCAI expert consensus statement for the appropriate use of renal artery stenting. Catheter Cardiovascular Range; 84:1163.
6. Zeller T, Müller C, Frank U, et al (2000). Stent angioplasty of severe atherosclerotic ostial renal artery stenosis in patients with diabetes mellitus and nephrosclerosis. Catheter Cardiovasc Interv 2003; 58:510.
7. Pedersen EB. New tools in the diagnosis of renal artery stenosis. Kidney Int; 57:2657.
8. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al (2018). 2017 ACC / AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / APhA / ASH / ASPC / NMA / PCNA Guidelines for the Prevention, Detection, Evalu-

ation and Management of High Blood Pressure in Adults: Heart Association Task Force at the American College of Cardiology / American Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol; 71: e127

9. Valentin JP, Qiu C, Muldowney WP, et al (1992). Basic basis for blunt volume natriuresis in experimental nephrotic syndrome. J Clin Investment; 90:1302.
10. Catapano F, Chiodini P, De Nicola L, et al (2008). Antiproteinuric response to dual blockade of the renin-angiotensin system in primary glomerulonephritis: meta-analysis and metaregression. J Kidney Dis; 52:475.
11. Whaley-Connell AT, Sowers JR, Stevens LA, et al (2008). CKD in the United States: Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. Am J Kidney Dis; 51:S13.
12. Maione A, Navaneethan SD, Graziano G, et al (2011). Angiotensin converting enzyme inhibitors, angiotensin receptor blockers and combined therapy in patients with micro and macroalbuminuria and other cardiovascular risk factors: a systematic review of randomized controlled trials. Nephrol Dial Transplant; 26:2827.
13. Financier JW, Carey RM, Mantero F, et al (2016). Primary Aldosteronism Management: Case Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab; 101:1889.
14. Umakoshi H, Sakamoto R, Matsuda Y, et al (2020). Role of Aldosterone and Potassium Levels in Accordion Confirmatory Tests in Primary Aldosteronism. J Clin Endocrinol Metab; 105.
15. Holland OB, Brown H, Kuhnert L, et al (1984). Further evaluation of saline infusion for the diagnosis of primary aldosteronism. Hypertension; 6:717.
16. (Rossi GP, Sacchetto A, Chiesura-Corona M, et al (2001). Determination of primary aldosteronism etiology by adrenal vein sampling in patients with suspicious computed tomography and magnetic resonance findings: Results in 104 consecutive cases. J Clin Endocrinol Metab; 86:1083.
17. Parthasarathy HK, Ménard J, White WB, et al (2011). A double-blind, randomized trial comparing the antihypertensive effect of eplerenone and spironolactone in patients with hypertension and evidence of primary aldosteronism. J Hypertens; 29:980.
18. Griffing GT, Cole AG, Aurecchia SA, et al (1982). Amiloride in primary hyperaldosteronism. Clin Pharmacol Ther; 31:56.
19. Guide to Adrenal and Gonadal Disease. Turkish Society of Endocrinology and Metabolism. 2019 pp:17-37
20. Pirpiris M, Sudhir K, Yeung S, et al (1992). Pressure response in corticosteroid-induced hypertension in humans. Hypertension; 19:567.
21. Jha S, Sinai N, McGlotten RN, Nieman LK (2020). Remission of hypertension after surgical treatment of Cushing's syndrome. Clinical Endocrinol (Oxf); 92:124.
22. Peppard PE, Young T, Palta M, J (2000). Prospective study of sleep S health and related issues. N Engl J Med; 342:1378.
23. Beekman RH III (2008). Aortic coarctation. In: Moss and Adams' Heart Disease in Infant, Child and Adolescent, 6th ed., Allen HD, Driscoll DJ, Shaddy RE, Feltes TF (Eds), WK Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. Vol 2, p.987
24. Tobian L Jr. (1972) From a hypertension point of view. J Med; 52:595.
25. Gülcan m. Keleş M. (2013) Seconder Hipertansiyonlar. Arık N, Dilek M. 2013. Hipertansiyon. (S.95-97). İstanbul. İstanbul Medikal yayıncılık